

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



FACULTAD OBSTETRICA

Programa Materno - Psicoprofilaxis, Enfermedad Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

MONOGRAFIA

Para optar el título profesional de:

OBSTETRIZ

Presentado por:

Melchora del Carmen Siccha Païma

Tarapoto — Perú

1996

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

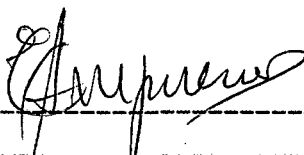
**PROGRAMA MATERNO-PSICOPROFILAXIS,
ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (IRA),
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA).**

**MEMORIA PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL
DE OBSTETRAZ**

PRESENTADO POR:

HELENA DEL CARMEN SUCHA PABLO

JURADO CALIFICADOR:



Obst. EVANGELINA ARPUERO FERNANDEZ
PRESIDENTE



Dr. PABLO ALEGRE BARAYBAR
SECRETARIO



Obst. PEDRO VARGAS RODRIGUEZ
VOCAL

DEDICATORIA

A mi querido esposo Wilson
gracias por su comprensión
su apoyo moral y económico.

A mis adorados Hijos, Alexei
y Katia les dedico este
trabajo para que les sirva
como ejemplo en sus vida.

A mis padres Victor y
Elia por el impulso que
me brindaron para la
culminación de mi carrera.

MELCHORA DEL CARMEN.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	04
II PROGRAMA MATERNO.....	05
2.1 Objetivos.....	05
2.2 Ambito de Acción.....	06
2.3 Justificación.....	06
3.3 Aspectos Conceptuales.....	07
2.4 Normas Administrativas.....	10
1.5 Normas Técnicas.....	29
III PSICOPROFILAXIS.....	36
3.1 Concideraciones Básicas.....	36
IV. PROGRAMA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA IRA .	40
4.1 Diagnóstico.....	40
4.2 Clasificación.....	41
4.3 Tratamiento del Niño con IRA.....	47
4.4 Medidas de Prevención.....	48
V. PROGRAMA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)..	50
5.1 Componentes Técnico-Administrativo..	52
5.2 Componente Administrativo.....	55
5.3 Glosario de Términos.....	58
5.4 Manual de Procedimiento para el Manejo el Niño con Enfermedad Diarreica Aguda.....	59

INTRODUCTION

Siendo la definición de salud el completo bienestar físico, social y mental de la persona y no sólo la ausencia de enfermedad. Los programas de salud tratan de incentivar y promocionar las diversas atenciones, enfocándolo desde diversos ángulos, como son: asistencial, preventivo, recuperativo, educativo y promocional; logrando así llegar a los grupos más vulnerables. La medicina contemporánea tiene enfoque más preventivo que recuperativo, en este afán los programas de salud desarrollan un importante papel.

En el Ministerio de Salud se desarrollan 14 programas: Programa ampliado de Inmunización (PAI), Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Salud del Escolar y del Adolescente (SEA), Planificación Familiar (PF), Materno perinatal, Salud Bucal, Salud Ocular, Salud ambiental, Enfermedades Metaxénicas, Control de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Control de Infección Respiratoria Aguda (IRA), Control de enfermedad de transmisión sexual y SIDA (ETS), Salud Mental Control de Tuberculosis (TBC). En cada uno de ellas se realizan una serie de actividades.

La presente monografía nos brinda una visión pormenorizada de los programas de IRA y EDA que estamos seguros que contribuirá al conocimiento de todos los estudiantes de obstetricia para su posterior aplicación en el desempeño profesional.

1. OBJETIVOS

Orientar las acciones técnicas Administrativas para la atención integral de la salud materna perinatal con énfasis en aspecto preventivo promocionales, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materno perinatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Facilitar el acceso pleno a los Servicios de Salud de la población gestante y del recién nacido según criterio de riesgo.
- Fortalecer la descentralización y funcionamiento de las redes de servicio de salud con delegación de autoridad y responsabilidad.
- Lograr la efectiva participación de la comunidad en acciones de prevención y promoción en la atención de la salud de la madre del feto y el recién nacido.
- Optimizar los recursos a fin de mejorar la calidad de atención materno perinatal.

2. AMBITO DE ACCION:

Las presentes normas, serán utilizados por el personal de salud encargado de la atención materno perinatal de todas las instituciones del Sector Salud según niveles de atención y complejidad a nivel nacional adecuándose en caso necesario a cada

realidad local y regional de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

3. JUSTIFICACIONES:

Está demostrado que, el mayor porcentaje de embarazos, partos y recién nacidos, son de bajo riesgo, pero su calificación como tal debe ser resultado de una minuciosa evaluación de la gestación, el trabajo de parto, puerperio y del recién nacido. Para que esta evaluación alcance a la mayor parte de embarazadas, es preciso ampliar cobertura de la atención pre-natal, la atención institucional del parto y del recién nacido, y la atención domiciliaria por personal debidamente capacitada.

La normatización de estas actividades, aumentará la eficiencia en el uso de los recursos y permitirá extender la cobertura; concentrando los recursos en la población de alto riesgo.

La normatización de la atención con enfoque de riesgo permitirá resolver los problemas en el nivel de menor complejidad, utilizando tecnologías apropiadas y sólo en lo estrictamente necesario, se referirá a la gestante a nivel de mayor complejidad.

4. ASPECTOS CONCEPTUALES:

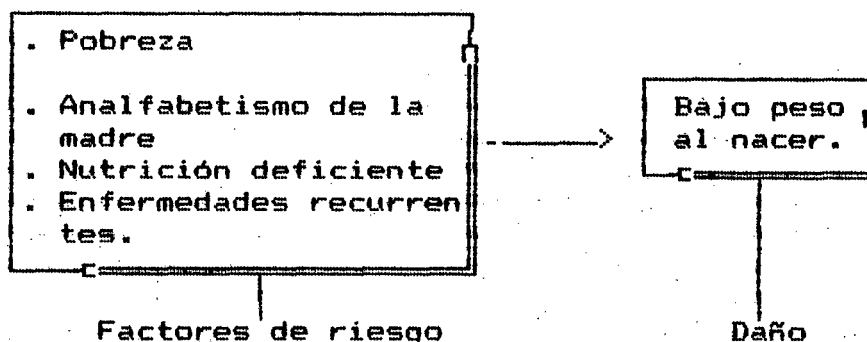
4.1 Enfoque de Riesgo:

Es un método que se emplea para medir la necesidad de atención de grupos específicos, es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, este enfoque procura mejorar la atención para todos, pero prestando atención a aquellos que más lo necesitan.

La utilización del enfoque de riesgo obedece a la necesidad de asignar recursos en forma diferenciada del modo que la población reciba la atención en forma proporcional a su riesgo.

4.2 Factor de Riesgo:

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociado con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido (daño).



4.3 Enfoque Sistémico Aplicado a la Organización de los Servicios de Salud.

El enfoque sistémico aplicado a la Organización de los Servicios de Salud, evita la inadecuada utilización de recursos y la duplicidad de servicios, permite operacionalizar un modelo de servicios integrados, ordenado racionalmente según niveles de atención y complejidad y que define claramente su ámbito de acción geográfica y poblacional, permitiendo la cobertura de toda la población así como la eficiencia, eficacia y la efectividad del sistema.

1. **Demanda.** Constituido por la población de mujeres en las etapas pre-natal intra natal, post natal y la población de recién nacidos.
2. **Oferta.** Está constituida por los recursos humanos, infraestructura existente con sus recursos materiales y capacidad operativa, así como los enunciados políticos de democratización de la salud y la activa participación social.

3. **Proceso.** Lo constituye la ejecución del programa en sus diferentes fases.
4. **Producto.** Es el resultado de los métodos, técnica y procedimientos utilizados para el cumplimiento de las metas programadas del plan de acciones y sus actividades.
5. **Impacto.** Está dado por la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal en un período determinado.

5.4 Esquema de las definiciones de los períodos gestacional e infantil.

Fetal			Infantil		
Temprana	Intermedia	Tardía	Neonatal	Postneonatal	

5. NORMAS ADMINISTRATIVA

5.1 Nuevo modelo de atención

Para la atención materna perinatal, los servicios tendrán las siguientes características:

- Brindarán atención integral (bio-psicosocial), tanto de daño como de riesgos, a la madre y al recién nacido con énfasis en las acciones de promoción y prevención, a nivel de la familia y la comunidad.
- Estarán integrados en una red de servicios en los que estén definidos los niveles de atención y complejidad estarán integrados por la comunidad y establecimientos e instituciones que desarrollen actividades de atención a la mujer, garantizando el acceso al sistema de servicios a través del primer nivel de atención y que pueda ascender a otros niveles cuando su estado de salud así lo requiera.
- Serán responsables de un área geográfica y su población, y articularán en red los recursos existentes para lograr la adecuada atención de salud, utilizando apropiadamente el sistema de referencia y contrarreferencia.

- Se propondrá a una cobertura total e igualitaria de la población materna perinatal.
- Tendrán una estructura y organización de los servicios en función de las necesidades locales de salud y sus prioridades.
- Contará con la participación activa de la comunidad en el diagnóstico, programación, ejecución control y evaluación de las actividades para la atención materno perinatal.
- Mantendrán una adecuada coordinación intra y extra sectorial con la red de servicios en un concepto de integralidad de la atención.

5.2 Funciones de los niveles administrativos:

- Nivel Central

El ente técnico normativo encargado de las acciones materno perinatal a nivel nacional, es responsable de:

- . Formular, y evaluar las políticas, estrategias y planes, para la aplicación de las normas dentro el sector salud.
- . Formular y evaluar normas y demás disposiciones que regulan el desarrollo del Sector Salud.
- . Aprobar y supervisar los planes formulados por el nivel intermedio.

- Nivel Intermedio(Región o Departamento)

- . Adecuar y sistematizar en este contexto regional, las políticas, estrategias, reglamentos y normas de las instituciones que conforman el sector salud.
- . Formular e implementar planes operativos de acción.
- . Administrar los recursos humanos, físicos y financieros asignado a su nivel de acuerdo con las normas y procedimientos definidos institucionalmente para tal propósito.
- . Formular, proponer, coordinar y concertar con los organismos técnicos normativos de nivel central del Ministerio de Salud y efectuarlos de acuerdo a su realidad.
- . Planificar, programar y gestionar las acciones integrales.

- Nivel Local (Hospital, Centro de Salud, Puesto de salud y Comunidad).

- . Programar ejecutar supervisar y evaluar las acciones de salud que operativicen los planes formulados por el nivel inmediato superior, adaptándolas al nivel local.

- . Administrar los recursos humanos, físicos y financieros, que se le asignen de acuerdo con las normas y procedimientos definidos institucionalmente para tal propósito.
- . Adecuar las normas de acuerdo a la realidad local.

Hospital:

- Brinda servicios de atención médica integral a la madre feto, y recién nacido.

Funciones:

- Atención inmediata integral:
 - . Realizar actividades de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer, feto y recién nacido.
- De educación:
 - Desarrollar actividades de educación dirigida a su personal, a los usuarios y a la comunidad de su área.
- De Capacitación:
 - Desarrollar actividades de formación de recursos humanos del hospital y de los servicios de menor complejidad de la respectiva red de servicios de la salud.

- De Investigación:

Desarrollar investigación clínica y operacional.

Centro de salud:

Funciones:

- . Ofrecerá atención integral de la salud con activa participación de la comunidad.
- . Desarrollar acciones preventivo promocionales y recuperativas de mediana complejidad, y coordinará con las instituciones públicas y privadas en aspecto de la salud de la mujer y del recién nacido.

Puestos de Salud:

Funciones:

- . Desarrollar actividades de menor complejidad para la atención integral de la salud a la mujer, feto y del recién nacido de su jurisdicción con énfasis en acciones preventivo promocionales.
- . Promover la activa participación de la comunidad y los representantes de otros sectores.

5.3 Niveles de autoridad y responsabilidad:

La autoridad emana del nivel central y recaerá por delegación en los diferentes niveles de estructura sanitaria.

Nivel Central:

- Director de la Dirección General de Salud de las personas.
- Director Ejecutivo de Programa de Salud.
- Director Ejecutivo de programa de Salud Mujer y niño.
- Director del Sub Programa de Salud Materno Perinatal.

Nivel Intermedio (Regional, Sub Regional, Departamental).

- Director del nivel inmediato (Regional Sub Regional, Departamental).
- Director de Salud a las personas.
- Coordinador del Sub Programa materno perinatal.

Nivel local (Hospital Centros de salud, Puestos de Salud):

- Jefe del establecimiento
- Equipo responsable de la atención materno perinatal.

5.4 Recursos humanos para la atención materno perinatal:

Las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la madre y el recién nacido, estará a cargo del equipo multidisciplinario, técnico y auxiliar.

El recurso profesional proporcionará la atención según su perfil profesional y estará racionalmente distribuido según los niveles de complejidad de los establecimientos de salud.

- Médico
- Obstetriz
- Odontoestomatólogo
- Enfermera
- Asistente social
- Nutricionista
- Psicólogo
- Tecnólogos
- Técnicos y auxiliares de enfermería.

De no existir el recurso adecuado, la atención será proporcionada por el recurso mejor capacitado.

Recursos humanos de la comunidad.

- Agentes comunitarios de salud (promotor de salud, partera tradicional capacitada, otros).

5.5 Planificación a nivel local:

La planeación sistémica facilitará las acciones referidas al sujeto, diagnóstico toma de decisiones, programación, ejecución y evaluación.

5.5.1 Objetivos de la Planificación:

El empleo de esta metodología permitirá determinar las necesidades prioritarias para la atención materno perinatal, con enfoque de riesgo (sujeto).

1. Facilitar la toma de decisiones del nivel local para la formación del plan de acción.
2. Dirigir la oferta de servicios de manera articulada con los diferentes niveles de atención.
3. Favorecer la intervención oportuna en la disminución de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna perinatal.
4. Adecuar la oferta de salud a las necesidades reales de la población con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

5.5.2 Diagnóstico:

Deberá ser integral considerando:

- Evaluación histórica de la demanda.
- Lo observado en el año diagnóstico.

- Recursos disponibles
- Factores socio-económicos y culturales mediante el análisis de los indicadores de la oferta y la demanda y su posible interacción (proceso) se podrá realizar una programación que esté de acuerdo a la real situación de la salud materno perinatal.

Demanda: Estará dada por la población que será cubierta por el programa Materno Perinatal.

INDICADORES:

Variable Demográfico

- Población de mujeres en edad fértil
- Distribución de la población MEF, según grupos etáreos.
- Zona geográfica Urbana y Rural
- Tasa bruta de natalidad
- Tasa global de Fecundidad
- Tasa de Fecundidad General
- Tasa Neta de Migración
- Población menores de 1 mes
- Población de mujeres de 10 a 13 años

- Número de gestantes
- Número de puerperas
- Porcentaje de MEF expuestos a riesgo de embarazarse.

Variable Epidemiológica

- Tasa de incidencia de tétanos neonatal
- Tasa de mortalidad general
- Tasa de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad perinatal
 - . Tasa de mortalidad fetal intermedia
 - . Fetal tardía
 - . Neonatal precoz
 - . Neonatal tardía
- 10 primeras causas de mortalidad general en MEF
- 5 principales causas de mortalidad materna y perinatal
- 10 principales causas de morbilidad general
- 5 primeras causas de morbilidad materna
- 5 primeras causas de morbilidad perinatal
- 5 primeras causas de consulta externa

- Población de gestantes según riesgo
- Porcentajes de cesáreas
- Porcentaje de partos distócicos
- Porcentaje de recién nacidos con peso inferior a 2,500 gms.
- Número de abortos
- Numero de PAP positivos.

Oferta:

Está referido a los recursos y actividades que se ofrecen intra y extra institucionalmente para la atención materno perinatal.

INDICADORES

Recursos Humanos:

- Número médicos gineco obstetras
- Numero de médicos neonatólogos
- Número de médicos generales, que realizan atención materno perinatal.
- Numero de odontólogos
- Número de obstetricas
- Número de enfermeras que realizan atención materno perinatal
- Número de nutricionistas
- Número de psicólogos
- Número de asistentes sociales
- Numero de técnicos

- Número de auxiliares de enfermería
- Número de parteras tradicionales capacitadas.

Recursos Físicos:

- Número de tipo de establecimiento para la prestación de servicios
- Número, tipo y estado del equipo para la prestación del servicio según establecimiento
- Número de camas obstétricas.
 - . Número de camas alojamiento conjunto
 - . Número cunas niño patológico
 - . Número de incubadoras
- Sistema de información (usos contenidos de conocimiento y usuarios)
- Organización formal institucional
- Disponibilidad de horas año por recurso.

Recursos Financieros:

- Presupuesto según partida y fuentes de financiamiento.

5.5.3 Principales Técnicas que orientan la Planificación a Nivel Local.

- Adoptar y adaptar las políticas y normas definidas por el nivel central
- Delimitar el área geográfica de responsabilidad que defina claramente la población que se debe atender
- Tener como base los resultados de un diagnóstico situacional.
- Se debe elaborar teniendo en cuenta la concepción de enfoque de riesgo
- Se debe realizar con una activa participación social.

5.5.4 Criterios para la programación local

1) Determinar la población objetivo:

- Población total x % = población de gestantes
- Partos esperados, 85% del total de gestantes.
- Población de recién nacidos
- Población de puerperas
- Determinar la población sujetos de programación a nivel local.

Se establece lo siguiente:

MINSA	60%
Comunidad	15%
IPSS	15%
ONGs	5%

Otros 5%

A nivel nacional se estima para el Ministerio de Salud el 60% de la población de gestantes, sino hubiera otro efector de salud, se considerará el 100%.

Gestantes de bajo riesgo, 80% del total de gestantes a atender.

2. Para determinar la cobertura, concentración y rendimiento, se tomará en cuenta los siguientes criterios.

- Lo observado en el año diagnóstico
- Evaluación histórica de la demanda
- Atributos de instrumentos y actividades.

3. Actividades a programar

- Área de producción de servicios

=====	
ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
=====	
Gestación	
1. Captación de gestantes	Captada
2. Control de embarazo bajo y alto riesgo	Atendida
3. Preparación psicoprofilática	Preparada
4. Detección de Cáncer de cuello uterino	Muestra
5. Atención odontológica	Atendida
6. Vacunación antitetánica	Protegida
7. Visita domiciliaria	Visita
8. Educación sanitaria	Informada
Parto	
1. Atención de parto en domicilio	Atendida
2. Atención recién nacido en domicilio	Atendida
3. Atención institucional del parto	Egreso
4. Atención institucional recién nacido	Egreso
Puerperio	
1. Control del puerperio	Controlada
2. Control del recién nacido	Controlado
3. Atención de morbilidad recién nacido	Atendido
4. Visita domiciliaria	Visita
5. Educación sanitaria	Informada

4. Producto

- Gestantes atendidas, es aquella que se brinda por lo menos una atención durante la gestación actual.
- Gestante controlada de bajo riesgo: Es aquella que ha completado como mínimo cuatro controles en su gestación actual.
- Recién nacido normal atendido: Es aquel al que se brinda una atención antes de cumplir el primer mes de vida.

5. Resultados esperados

Aumentar la cobertura de atención del embarazo

- Aumentar la cobertura de atención de partos domiciliarios de bajo riesgo por personal entrenado.
- Aumentar la cobertura de atención del número de partos de bajo riesgo en centros periféricos.
- Aumentar la cobertura de número de partos hospitalarios de alto riesgo mediante la referencia oportuna.

- Disminuir el número de recién nacidos con bajo peso inferior a 2,500 gms.).
- Disminuir la incidencia de tétanos neonatal.

6. Recursos necesarios (medicina e insumos).

- Historia perinatal base: 01 por gestante
- Carné perinatal: 01 por gestante
- Paquetes de atención de parto: para el 85% del total de gestante
- Paquete de atención de cesárea: para el 15% del total de partos
- Suplemento vitamínico y hierro: para el 70% del total de gestantes y puérperas.
- Paquetes de medicina para la atención del parto normal institucional y domiciliario
- Paquete de medicina para la atención del aborto discriminado en completo, incompleto y en curso.

5.6 Supervisión:

Este proceso técnico Administrativo de investigación y análisis estará a cargo del personal de salud, con participación de la comunidad. Debe procurar en todo momento, la capacitación y el interaprendizaje para el desarrollo personal y profesional hacia el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud.

5.6.1 Aspectos a Supervisar:

- . Aplicación de las normas
- . Coordinación sectoriales, intersectoriales e interinstitucionales y con la comunidad.

Captación:

- Al personal de salud y agentes comunitarios

5.6.2 Niveles de Supervisión:

- . Del nivel central a nivel intermedio 2 veces al año
 - . Del nivel intermedio al hospital, C.S y P.S. 3 veces al año.
 - . Del Centro de Salud al Puesto Sanitario, en forma permanente según necesidad y accesibilidad.
- Del establecimiento de salud a los agentes comunitarios, se hará

con los representantes de las organizaciones comunales, con la finalidad de proporcionar el apoyo necesario.

El instrumento de supervisión será la guía de supervisión.

NIVELES DE ATENCION SEGUN RIESGO

población de gestantes y recién nacidos

Clasificación según riesgo

ARO

BRO

Atención en el nivel
de mayor complejidad

Atención en el nivel
de mayor complejidad

NIVELES DE COMPLEJIDAD

Comunidad	Bajo riesgo
P. de S. I y II	Bajo riesgo
C. de S. I y II	Bajo riesgo
Hospi. Provincial	Alto riesgo
Hospi. Departamental	Alto riesgo
Hospi. especializado	Alto riesgo
Inst. Materno perinatal	Alto riesgo

Instruementos:

Sistema informático perinatal

- . Historia clínica perinatal Base
- . Carné perinatal
- . Sistema computarizado

Sistema HIS-MIS

- . Registro diario de actividades
- . Informe mensual de actividades

Sistema de vigilancia epidemiológica de muerte Materna

- . Ficha de informe confidencial de muerte materna.
- . Ficha de comunicación rápida de muerte de mujeres en edad reproductiva.

Informe trimestral de actividades

Informe anual de actividades.

6. NORMAS TECNICAS:

La atención integral de la salud materno perinatal comprende el control prenatal, parto, puerperio y la atención del recién nacido.

6.1 Control prenatal:

Es la serie de consultas y entrevistas programadas de la gestante con el equipo de salud, a fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una preparación adecuada

para el parto y la crianza.

6.1.1 Propósitos

Estará dirigido a:

- Detección de enfermedades maternas subclínicas.
- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el parto
- La administración de contenidos educativos para el autocuidado de la salud, de la familia y la crianza.

Unidad de Medida:

- Controles pre-natales

Acciones o tareas:

- Anamnesis
- Examen físico general
- Examen obstétrico
- Evaluación del crecimiento fetal
- Diagnóstico del embarazo
- Toma de muestra PAP
- Prescripción
- Atención odontológica

- Vacunación con toxoide tetánico
- Educación para la salud
- Registro de actividades en:
 - Carné perinatal
 - Historia clínica perinatal
 - Sistema de HIS-MIS
 - Parte diario.

6.1.2 Cronograma para consultas prenatales

Actividades	1era.	2da.	3ra.	4ta	5ta
	<20*	22-24	27-29	33-35	38-40
- Anamnesis	+	+	+	+	+
- Examen clínico general					
. Medición de peso	+	+	+	+	+
. Medición de talla	+				
. Determinación P.A.	+	+	+	+	+
- Examen gineco obstétrico					
. Dx. del embarazo	+				
. Cálculo edad gestacional	+	+	+	+	+
. Dx. Número de fetos	+	+	+	+	+
. Eval. cant. líquido Amn.		+	+	+	+
. Diagnóstico vida fetal	+	+	+	+	+
. Eval. crecimiento fetal	+	+	+	+	+
- Determ. grupo sanguíneo Rh+					
- Detec. diabetes getac.	+			+	
- Examen de orina	+	+		+	
- Detec. de sífilis	+			+	
- Test de ELISA-Hiv	+			+	
- Determ. de Hb.	+		+		
- Evaluac. de pelvis				+	+
- Diagnóstico de present			+	+	+
- Evaluación de riesgo	+	+	+	+	+
- Vacunación antitetánica*	+				
- Admin. hierro Ac. Fólico**	+	+	+	+	+

6.2 Atención del parto, del recién nacido y del puerperio inmediato y mediano:

Es la atención que se proporciona a la gestante en el trabajo de parto, durante los periodos de dilatación, expulsivo, del recién nacido, alumbramiento y a la puérpera en el puerperio inmediato y mediano.

Unidad de medida

- . Egreso por parto
- . Egreso del recién nacido

Acciones o tareas

- . Admisión
- . Atención del periodo de dilatación
- . Atención del periodo expulsivo
- . Atención inmediato del recién nacido
- . Atención del alumbramiento
- . Atención del puerperio inmediato y mediano
- . Registro de actividades en partograma
- . Registro en historia clínica perinatal y carné

6.3 Controles del puerperio:

Es la atención que se otorga a la puérpera con el propósito de controlar la evolución de este periodo y detectar cuadros mórbidos relacionados con el parto o puerperio.

Unidad de medida control del puerperio:

Acciones o tareas:

- Examen físico general
- Revisión de mamas
- Palpación abdominal
- Observación de loquios
- Exámenes de genitales externos
- Educación sanitaria
 - . Cuidados durante el puerperio
 - . Planificación familiar
 - . Detección SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.
 - . Atención y cuidados en el hogar del neonato (inmunización, higiene, alimentación, estimulación psicomotora)
 - . Importancia del control periódico de la salud del niño.
- Registro de actividades en:
 - . Carné perinatal
 - . Historia clínica perinatal
 - . Sistema HIS-MIS
- Parte diario

El llenado de estos documentos obligatorios no excluye el uso de documentos especiales para pacientes de alto riesgo.

6.4 Controles de salud del recién nacido (período neonatal).

Es la atención que se otorga al recién nacido con el fin de prevenir y pesquisar alguna morbilidad, refiriéndolo al control pediátrico.

Unidad de medida: control del recién nacido

Acciones o tareas

- Anamnesis a la madre
 - . Examen físico del recién nacido
 - . Estado nutricional
 - . Desarrollo psicomotor
 - . Antropometría
 - . Tipo de alimentación
 - . Diagnóstico
- Educación a la madre
 - . Lactancia materna
 - . Vacunaciones
 - . Citación a control (según clasificación de riesgo)
 - . Estimulación temprana del recién nacido
- Registro de actividad
 - . Historia clínica del niño y carné de niño
 - . Hoja de informe diario de actividades (HIS-MIS).

CAPITULO II

PSICOPROFILAXIS

1. CONSIDERACIONES BASICAS:

1.1 Educación psicoprofiláctica:

Es el conjunto de métodos y técnicas que permiten la preparación física, psíquica y emocional de la gestante para una buena evolución de su embarazo, parto y puerperio. Con la finalidad de obtener un recién nacido saludable, con el menor riesgo de salud para la madre.

1.2 Psicoprofilaxis obstétrica:

Es el proceso de educación de la embarazada para el parto.

Comprende:

Acciones educativas que están orientadas a lograr una participación consciente responsable y activa de la gestante en el proceso del embarazo, parto y puerperio; en las mejores condiciones físicas, con resultados perinatales adecuados.

1.3 Objetivos Específicos:

1. Lograr disminuir el dolor en el parto y eliminarlo sin necesidad de utilizar agentes químicos.
2. Acortar la duración del parto.

3. Disminuir la necesidad de intervenciones obstétricas.

4. Prevenir el riesgo obstétrico.

1.4 Método psicoprofiláctico:

Comprende aspectos teórico prácticos que permiten a la gestante una buena evolución del embarazo, parto y puerperio.

- Las actividades de psicoprofilaxis deben estar incluidas en toda atención integral de salud de la mujer.
- Las actividades de psicoprofilaxis serán ofrecidos a toda gestante.
- Toda gestante a partir de las 27 semanas deberá iniciar las sesiones en psicoprofilaxis del parto.
- Las actividades de psicoprofilaxis deben realizarse con regularidad una vez por semana en forma secuencial.
- Esta actividad se realizará en un curso que constará de 8 clases teórico prácticas.
- Los grupos se formarán teniendo en cuenta edad gestacional y paridad.
- El método de psicoprofilaxis deberá ser conocido por el personal de obstetricia del centro asistencial y debe ser personal entrenado para realizarlo.

- El agente de salud debe motivar a las madres para que realice su preparación en psicoprofilaxis.
- Todos gestante que sigue el método de psicoprofilaxis deberá ser evaluado en el trabajo de parto.
- Los grupos no deben exceder el número de 20 gestantes.

El curso de psicoprofilaxis del dolor del parto se desarrollará en 8 clases teóricas prácticas de 1 hora de duración cada una que consta de :

Contenido teórico: 20 minutos

Práctica : 30 minutos

Dinámica grupal : 10 minutos

a) Contenido teórico:

- Anatomía y fisiología de la reproducción.
- Fisiología del trabajo de parto.
- Contracciones uterinas
- Factores que intervienen el trabajo de parto.
- Causas psicológicas del dolor en el trabajo de parto.
- Relajación y respiración
- Interrelación de los elementos de fijación.

- Adaptación de la gestante al medio donde va realizar su trabajo de parto.

b) Práctica:

- Gimnasia conservadora
- Ejercicios de relajación
- Creación de relajos condicionados

c) dinámica grupal:

Preguntas y respuestas con análisis crítico

CAPITULO I

CONTROL DE ENFERMEDADES

RESPIRATORIA AGUDAS (IRA)

1. DIAGNOSTICO:

Las IRA se manifiesta por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas o signos:

- **DIFICULTAD AL RESPIRAR:**

- Respiración rápida

(frecuencia 60 veces/min. o más para lactantes menores de 2 meses; frecuencia 50 veces/min. o más para niños 2-11 meses, y frecuencia 40 veces/min. o más para niños de 1-4 años).

- Triaje subcostal

Retracción de la parte inferior del tórax por debajo de las costillas cuando el niño inspira).

- TOS

- ESTRIDOR

- DOLOR O ENROJECIMIENTO FARINGEO

- OTALGIA

- OTORREA

- RINORREA

- OBSTRUCCION NASAL.

Cada cuadro de IRA puede estar acompañado o no de fiebre.

2. CLASIFICACION

El programa de control de IRA ha tomado en cuenta la clasificación según los lineamientos de la OMS que está orientado a permitir la detección y tratamiento precoz de la NEUMONIA. Esta clasificación utiliza términos culturalmente arraigados y usados por las madres. Se examina a todos los niños que presentan los criterios de entrada TOS y/o DIFICULTAD AL RESPIRAR.

a) Las IRA en los niños de 2 meses a 4 años se clasifican en:

- . ENFERMEDAD MUY GRAVE
- . NEUMONIA GRAVE
- . NEUMONIA
- . NO NEUMONIA (RESFRIO o GRIPE)

ENFERMEDAD MUY GRAVE:

Los signos y síntomas del cuadro "enfermedad muy grave" son a menudo mal definidos y signos como respiración rápida y tiraje subcostal no son confiables para establecer un diagnóstico, ni para excluirlo. La enfermedad muy grave se diagnostica, por lo tanto, por la presencia de uno o más de los signos de alarma.

Signos de Alarma:

- . No puede beber
- . Convulsiones

- . Anormalmente somnoliento o difícil de despertar
- . Estridor en el niño tranquilo
- . Desnutrición grave, o
- . Cianosis

Es importante resaltar que el grupo "enfermedad muy grave" no sólo consiste de neumonía muy grave, sino también de cuadros como, por ejemplo, septicemia y meningitis.

NEUMONIA GRAVE:

Neumonía grave se caracteriza por la presencia de triaje sub costal.

NEUMONIA:

Se define "Neumonía" a aquella que presenta respiración rápida, sin la presencia de tiraje subcostal.

NO NEUMONIA (= RESFRIO O GRIPE)

Se define de "no neumonía" a todo episodio de IRA sin la presencia de respiración rápida, ni tiraje subcostal. Un episodio de resfrío o gripe puede ser acompañado o no de los siguientes signos o síntomas:

- . Tos
- . Secreción nasal (de cualquier color).

b) La IRA en lactantes menores de 2 meses se clasifican en:

- . ENFERMEDAD MUY GRAVE
- . NEUMONIA MUY GRAVE
- . NO NEUMONIA (= RESFRIO O GRIPE)

ENFERMEDAD MUY GRAVE

Al igual que en los niños de 2 meses a 4 años, la enfermedad muy grave en lactantes menores de 2 meses a menudo tiene signos difíciles de detectar. La enfermedad muy grave se diagnostica, por lo tanto, por la presencia de uno o más de los signos de alarma.

Signos de alarma:

- . Dejó de lactar bien
- . Convulsiones
- . Anormalmente somnoliento o difícil de despertar
- . Extridor en el niño tranquilo
- . Sibilancia, o
- . Fiebre o temperatura baja.
- . Cianosis

NEUMONIA GRAVE:

La neumonía grave en lactantes menores de 2 meses se caracteriza de tiraje grave o respiración rápida.

Es importante resaltar de que en el grupo de lactantes menores de dos meses no se defina el cuadro de "neumonía"; respiración rápida en

este grupo significa que el niño está en estado de "neumonía grave".

NO NEUMONIA (=RESFRIO o GRIPE)

Se define el cuadro de No Neumonía en lactantes menores de 2 meses cuando no presenta respiración rápida y no tiene tiraje grave.

3. TRATAMIENTO DEL NIÑO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA:

PLAN A para el tratamiento de NO NEUMONIA

Medidas de Apoyo:

- . Estimular que el niño tome sus alimentos normales.
- . Para lactantes; Recomendar amamantar al niño con frecuencia.
- . Para niños no lactante: Recomendar abundante líquido.
- . Desobstruir la nariz tapada.
- . Recomendar que se controle la temperatura del niño.
- . Pedir a la madre que regrese con el niño cuando.
 - . Se agrava la enfermedad o el niño no mejora
 - . Respira con dificultad (respiración rápida y/o tiraje)
 - . Se vuelve incapaz de beber

MEDIDAS TERAPEUTICAS:

- . En caso de no ceder la alza térmica por medios físicos o si la temperatura axilar es más de 39°C, utilizar paracetamol (= Acido acetil salicílico) 10-15 mg.kg. dosis, cada vez que sea necesario (máximo 4 dosis por día).
- . ;NO use antibióticos!
- . ;NO use antitúsigenos, expectorantes, antihistamínicos ni mucolíticos! que no mejoran al paciente. Unos pueden incluso agrava la enfermedad.

PLAN B: Para el tratamiento de NEUMONIA

Medidas terapéuticas:

1. Antibioticoterapia en niños de 2 meses a 4 años
Cotrimoxazol (Trimetoprin-Sulfamethoxazol) 8-10 mg/Kg/día, por vía oral, repartidos en dos dosis, durante 5 días.

2. Manejo de la fiebre similar al plan A.

Controlar al niño en 48 horas (o antes si empeora):

Si ha mejorado (come mejor, respira mejor o a cedido la fiebre):

- Cumplir 5 días de tratamiento

Si continúa igual (frecuencia respiratoria similar a la de la primera vista):

- Decidir si se refiera al niño al hospital, o cambia de antibiótico.

Si ha empeorado (aparece tiraje subcostal o algún signo de alarma):

- Referir urgentemente al hospital

Medidas de apoyo: como se mencionan con el PLAN A.

PLAN C. Para el tratamiento de NEUMONIA GRAVE Y ENFERMEDAD MUY GRAVE.

EL NIÑO DEBE SER REFERIDO CON URGENCIA AL HOSPITAL MAS CERCANA.

El manejo del paciente clasificado con neumonía Grave o enfermedad muy grave requiere de una atención integral. La terapia comprende los siguientes aspectos:

- . Evaluación del estado del niño varias veces al día por el médico y/o la enfermera.
- . Oxigenoterapia (1/2 lit/min para menores de dos meses, 1 lit/min para niños de 2 meses hasta 4 años), si el niño está cianótico, tiene quejido o presenta tiraje severo.
- . Soporte hidroelectrolítico y alimentario.
- . Tratamiento de la fiebre.
- . ANTIBIOTICOTERAPIA:
 - Para el niño de 2 meses a 4 años con Enfermedad muy grave: Cloranfenicol Endovenosa o Intramuscular 100 mg/kg/día, repartido en 4 dosis. Cuando el niño ha mejorado (generalmente después de 3-5 días de tratamiento, cambiar por cloranfenicol oral 75mg/kg/día, repartido en 4 dosis, hasta completar por lo menos 10 días de

tratamiento.

ALTERNATIVA (cuando no hay cloranfenicol)

- Penicilina G-sódica 200,000 UI/Kg/día endovenosa o intramuscular, repartido en 4 dosis MAS Gentamicina 7,5 mg/kg/día endovenosa o intramuscular, repartido en 3 dosis hasta completar por lo menos 10 días de tratamiento. La Penicilina G-sódica no se puede mezclar con la gentamicina y debe ser administrada separadamente.

Para el niño de 2 meses a 4 años con neumonía grave:

- Penicilina G-sódica 200,000 UI/kg/día endovenosa o intramuscular, repartido en 4 dosis, se puede cambiar después de tres días de tratamiento y mejoría a penicilina procaínica intramuscular 50,000 UI/kg cada 24 horas, hasta completar por lo menos 10 días de tratamiento.

Para el niño menor de dos meses con neumonía grave o enfermedad muy grave.:

- Penicilina G-sódica 50,000 UI/kg/dosis endovenosa o intramuscular, MAS gentamicina 2,5 mg/kg/dosis endovenosa o intramuscular cada 12 horas para menores de 1 semana y cada 8 horas para niños de 1 semana a dos meses. La penicilina G-sódica no se puede mezclar con la gentamicina y debe ser administrado separadamente. Trate por lo menos durante 10 días o hasta tres días después que el

niño esté completamente recuperado.

- El tratamiento de apoyo es muy importante como el tratamiento antimicrobiano):
 - . Lactancia frecuente
 - . Evite enfriamiento del niño (se recomienda abrigarlo pegado al cuerpo de la madre).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

Existe varias medidas de prevención que tienen influencia en la incidencia de severidad de las IRAs, estas medidas son las siguientes:

- Prevenir el bajo peso al nacer:

El bajo peso al nacer es un factor importante para incrementar la frecuencia de las IRA, así como su severidad. El control del embarazo puede prevenir este factor.

- Inmunización:

La vacunación contra el sarampión, difteria y la tos ferina, administrada durante el primer año de vida según normas establecidas, alcanzando coberturas útiles de protección, evita o previene la neumonía grave o muy grave, secundaria a estas enfermedades inmunoprevenibles.

- Lactancia materna:

La lactancia materna surte un efecto preventivo contra infecciones respiratorias serias, como bronquitis y neumonía, especialmente durante los seis primeros meses de vida.

- Nutrición apropiada:

La malnutrición es un factor condicionante de la IRA. El niño mal nutrido está expuesto a muchos tipos de infecciones que a su vez por ser repetidas condicionan la malnutrición cerrando el círculo infección-Malnutrición-Infección.

- Prevención del enfriamiento:

Lactantes muy pequeños pierden calor con mucha rapidez. Una de las maneras importantes para prevenir de que la Infección Respiratoria Aguda se complique, cualquiera cualquiera que sea el diagnóstico, es mantener seco y abrigado al niño. Lo ideal es que se mantenga al niño pegado al cuerpo de la madre.

- Control de Ambiente Doméstico:

El humo de tabaco, leña, combustible etc. que contamina el aire doméstico, influyen desfavorablemente en la evolución de los casos de IRA. Hay que evitar estas condiciones a través del control de la contaminación del ambiente doméstico y del tabaquismo en presencia de niños.

CAPÍTULO IV***ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)*****DEFINICIONES BASICAS:**

La enfermedad diarreica aguda representa en la actualidad una de las principales causas de muerte en los niños menores de 5 años, y el cólera, la primera causa de muerte por diarrea en adultos, constituyendo un problema de salud pública en el Perú. Desde fines de enero de 1991 centenares de miles de casos se han presentado en el país al igual que en otros países del mundo.

Es fundamental precisar que las actuales acciones de prevención y control de enfermedad diarreica aguda definen como su fin último reducir la presencia de la diarrea, para ello basan su acción en el mejoramiento del estado nutricional, así como de las condiciones ambientales que agreden al infante. La terapia de rehidratación oral (TRO) es un elemento importante para solucionar el problema en la población ya agredida y es pieza fundamental en las acciones de control.

OBJETIVOS:**A. GENERAL**

Proporcionar a las distintas entidades vinculadas con la atención del niño y la comunidad, pautas que permitan desarrollar criterios en la prevención y control de la enfermedad diarreica (CED) adecuados a las necesidades locales.

B. ESPECIFICOS

1. Orientar la planificación, implementación y evaluación de las actividades de prevención y control de las enfermedades diarreicas, prioritariamente en niños menores de 5 años.
2. Orientar las acciones y prácticas de prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda con énfasis en el manejo dietético apropiado durante y después del episodio diarreico y del uso de la terapia de rehidratación oral (TRO).
3. Dar pautas generales para desarrollar acciones educativas en aspectos preventivos y de control.
4. Incentivar la investigación epidemiológica y operativa en áreas prioritarias, determinadas a nivel local, para una adecuada vigilancia y control de la enfermedad diarreica aguda.

COMPONENTES TECNICO-ADMINISTRATIVOS**A. COMPONENTE TECNICO**

1. **Medidas Preventivas:** Se darán a nivel de las personas, de la familia y del ambiente, y estarán constituidas por:

- 1.1 **Disponibilidad de Agua y Saneamiento:**

los proyectos de agua y saneamiento son intervenciones para el control de la diarrea, y las actividades en esa área deben estar encaminadas fundamentalmente a actuar estrechamente con dichos programas para asegurar que se logre una real utilización e impacto consecuente sobre la enfermedad diarreica.

- 1.2 **Promoción de la higiene personal y doméstica:**

Especialmente el lavado de manos, puede reducir la incidencia de la diarrea entre 40% y 48%; por lo tanto es parte de la estrategia, para el control de la enfermedad diarreica se recomienda la ejecución de investigación operativa para definir los esquemas más efectivos para la promoción de la higiene personal y doméstica.

1.3 Promoción de la lactancia materna:

Es parte de la estrategia para el control de la enfermedad diarreica, ya que puede reducir la incidencia por diarrea entre 8% y 20% y la mortalidad entre 24% y 27% en menores de 5 meses 1-4% y 8-9% en menores de 5 años respectivamente).

1.4 Mejora de las prácticas de ablactancia:

La introducción de prácticas de ablactancia con alimentos localmente disponibles, aseguran un mejor estado nutricional en la población infantil, y en consecuencia, reducen los riesgos para la enfermedad diarreica.

1.5 Inmunización contra el Sarampión:

Es una parte de la estrategia para el control de la enfermedad diarreica estimulando la colaboración con el programa ampliado de inmunización PAI. Puede reducir la incidencia en 1-3% y la mortalidad en 11-22% en menores de 5 años.

Todas la intervenciones mencionadas se orientan a reducir la periodicidad, severidad y prevenir las complicaciones de la enfermedad diarreica. Estas se vienen desarrollando en los diferentes programas de control, pero es

preciso indicar que sólo aplicadas en forma conjunta se tener un impacto real en la salud infantil.

2. Medidas de control:

A continuación se describen en forma general las medidas más importantes para el manejo del niño con diarrea que consta de 5 pasos.

- a) Evaluar y determinar el estado de hidratación y la presencia de otros problemas asociados a la diarrea.
- b) Rehidratar al paciente por vía oral o endovenosa y vigilarlo muy de cerca.
- b) mantener al paciente hidratado, reemplazando las pérdidas volumen a volumen con solución de S.R.O.
- c) Administrar un antibiótico oral, sólo en caso de disentería y cólera grave.
- d) Manejo de la diarrea en el hogar que incluyen educación en prevención.

3. Educación y comunicación:

La educación para la salud es un proceso dinámico de intervención social y cultural para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAPs), sobre diarrea y su prevención; y es uno de los medios más efectivos para lograr la participación de la comunidad en la solución local del problema.

B. COMPONENTES ADMINISTRATIVOS:**1. Programación:**

- 1.1 Las actividades de prevención y control de la enfermedad diarreica esta concebido como parte de la atención integral de salud y priorizado dentro del programa de supervivencia infantil.
- 1.2 La programación de las actividades de CED se basarán en la programación local, considerando la acción multisectorial, y respetando las peculiaridades de las diferentes instituciones efectoras.
- 1.3 La programación local debe ser realizado con participación activa de la comunidad y debe cumplir los siguientes pasos:
 - Calcular y analizar la cobertura de los servicios en el pasado y estudiar los medios de mejorarla.
 - Fijar las metas de cobertura para el año próximo.
 - Especificar las actividades a realizar.
 - Sobre la base de lo anterior calcular la cantidad de suministros que se han de requerir.

1.5 Para efectos de programación de CED, la población de responsabilidad del sector salud es toda la población infantil menores de 5 años a nivel nacional.

2. Organización

2.1 Niveles de responsabilidades:

La organización de actividades de CED considera dos niveles fundamentales:

a. Nivel hogar y comunidad; Es el nivel básico donde se enfatizará en las actividades preventivo promocionales y recuperativas simplificadas en relación a la enfermedad diarreica aguda. la responsabilidad a este nivel recaerá en los padres, agentes comunitarios de salud y la organización comunal.

b. Nivel institucional: Comprende aquellas instituciones del sector público y privado que prestan servicios de salud de diferentes niveles de complejidad en relación a la enfermedad diarreica.

2.2 Unidad de Rehidratación Oral:

Es la unidad ejecutora básica de las actividades de CED. Es de carácter eminentemente funcional, aunque no se excluya su organicidad en niveles

especializados (eje URO hospitalario URO docente), su función básica es educación y aplicación de medidas terapéuticas.

2.3 Sistema de referencia y contrareferencia:

Sistema que agilizará la atención de los casos que requieran de mayor complejidad y propenderá a la disminución de la mortalidad. Todo paciente referido a nivel superior será objeto de atención prioritaria. Todo paciente contrareferido será objeto de seguimiento.

2.4 Priorización de la atención de casos:

Todo niño menor de 5 años con enfermedad diarreica deberá ser atendido en forma inmediata en todos los establecimientos de salud con objeto de iniciar precozmente la rehidratación oral.

3. Información:

3.1 Los registros, censos y encuestas serán los medios de obtener información adecuada para la monitoría, supervisión y evaluación del programa.

3.2 Los reportes de basan en los registros . El principal reporte de la actividad de CED es el informe mensual de actividades de salud.

3.3 Cada establecimiento hará un consolidado mensual en dicho formulario

GLOSARIO DE TERMINOS:

Deshidratación: Cuadro potencialmente mortal producido por la pérdida de una cantidad excesiva de agua corporal y sales, causada, entre otras causas por la diarrea.

Diarrea: Evacuación de tres o más evacuaciones sueltas o líquidas por día en las últimas 24 horas.

Diarrea acuosa: Deposición líquida sin moco ni sangre.

Diarrea disentérica: Deposiciones sueltas con moco y/o sangre (o sin sangre pero con moco en todas la deposiciones).

Diarrea crónica o persistente: Diarrea continua de 15 días o más de duración.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA): Conjunto de signos y síntomas cuya principal manifestación es la diarrea.

Sales de rehidratación oral: Fórmula estándar recomendada por la OMS/UNICEF para prevención y tratamiento de la deshidratación. Composición:

Cloruro de sodio	3.5 gr.
Citrato trisódico	2.9 gr. (bicarbonato
Cloruro de potasio	1.5gr.
Glucosa	20.00gr.

Suero casero: Cualquier mezcla en proporciones fijas, de agua, sal y un carbohidrato, por lo general azúcar a la cual se le agrega otro compuesto de uso local (Ej. zanahoria, papa, arroz tostado, etc).

Terapia de rehidratación oral (TRO): Conjunto de medidas encaminadas a prevenir y tratar la deshidratación por EDA, y contrarrestar los efectos desnutridores de la misma. Consta fundamentalmente de dos etapas: fase de rehidratación o recuperación y fase de mantenimiento.

Unidad de Rehidratación Oral (URO) Unidad ejecutora básica de las actividades de prevención y control de las enfermedades diarreicas, que puede ser institucional o comunitaria, cuyas funciones son educación, capacitación, investigación y aplicación de las medidas terapéuticas.

PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL NIÑO CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Hospitales y Centros de Salud:

GENERALIDAD:

La enfermedad diarreica es una de las dos primeras causas de morbilidad en niños menores de 5 años en el país.

Del total de casos de diarreas notificados, el 70% ocurren en niños menores de 5 años. La distribución geográfica de la diarrea muestra que es más prevalente

en áreas rurales y urbano-marginales. Esta tendencia está relacionado a factores socio-económico y la disponibilidad de servicios de salud y saneamiento.

ETIOLOGIA:

La enfermedad diarreica aguda es de una naturaleza fundamentalmente infecciosa. En el último decenio, además de los conocidos eteropatógenos (salmonellas, Shigella, V. Cholerae y ciertas cepas de Echerichi coli) se han reconocido otros como rotavirus y E. coli productora de enterotoxina.

La E. coli productora de enterotoxina y rotavirus son responsables del 60% de las diarreas acuosas infantiles, en tanto que shigella y Campylobacter son responsables de cerca del 60 % de las diarreas disentéricas.

FISIOPATOLOGIA:

Dos de las complicaciones más frecuentes de la EDA son deshidratación y desnutrición. Otras complicaciones menos frecuentes son septicemia, síndrome urémico-hemolítico y enteritis necrotizante. A éstas, hay que añadir complicaciones que se deriban del tratamiento inadecuado de casos, tales como Ileo medicamentoso e infecciones intrahospitalarias.

La diarrea deteriora el estado nutricional por que produce reducción del consumo de alimentos por anorexia, vómitos y fiebre. Esta reducción se agrava cuando hay tradiciones culturales creencias y tabúes

que inducen a suprimir la alimentación por días o semanas.

DIAGNOSTICO:

Desde el punto de vista clínico, se pueden reconocer dos tipos generales de diarreas, que correlacionan con ciertos agentes etiológicos:

- a) Diarrea acuosa: heces líquidas o blandas, en número mayor de 3 en 24 horas, con escaso o ningún moco. Asociada a Rotavirus, E. coli enterotoxigénica, Salmonella no tífica, V. cholerae, Giardia, entre otras.
- b) Diarrea disentérica: heces blancas con moco y sangre y abundantes leococitos en el moco fecal. Asociada a Shigella, Campylobacter y E. histolytica.

El laboratorio constituye un medio de valor para conocer la etiología de la diarrea; las pruebas básicas son:

1. Examen en fresco con solución salina: útil en diarrea parasitaria (giardia, ameba, etc.).
2. Reacción pH con papel tornasol: las heces son ácidas en disentería amebiana y en intolerancia a lactosa(frecuente en EDA por rotavirus); las heces son alcalinas en disentería bacteriana, diarrea secretoria y otros tipos.

3. Reacción inflamatoria(o leococitos en el moco fetal)con azul de metileno: útil para diagnóstico de diarrea disentérica, con objetivo 400 X:

Positivo- más de 20 leococitos por campo

Negativo- Menos de 20 leococitos por campo.

TRATAMIENTO:

Tiene por finalidad reparar la pérdida de líquidos y electrolitos, mantener la alimentación durante el episodio de EDA se seguirán los siguientes pasos:

1. Evaluar el estado de hidratación
2. Decidir el plan de tratamiento a seguir
3. Registrar el caso.

Administrar antibióticos por vía oral en los casos de disentería y cólera grave:

Lo esencial en el tratamiento de la diarrea es la hidratación y la alimentación y no la antibioticoterapia.

Sólo se recomienda el tratamiento antibiótico en los casos de disentería por Shigella sp. y Entamoeba histolítica diarrea grave por Vibrio Cholerae y diarrea por Giardia lamblia.

Comenzar a dar el antibiótico oral después que el paciente se haya rehidratado y que el vómito haya desaparecido.

Los antibióticos inyectables no ofrecen ninguna ventaja y son caros.

No es necesario confirmar bacteriológicamente ni practicar un antibiograma en todos los pacientes que reciben un antibiótico.

Quimoprofilaxis:

La quimoprofilaxis masiva o universal no es eficaz para evitar la diseminación de las enfermedades diarreicas incluyendo el cólera.

Sólo se recomienda el tratamiento profiláctico de los contactos familiares sanos de pacientes con cólera grave(quimoprofilaxis selectiva).

Para obtener el mayor beneficio, la quimoprofilaxis selectiva debe proporcionarse inmediatamente después de la aparición del primer caso grave en el hogar(caso índice). Los antibióticos y las dosis recomendadas son iguales a los sugeridos para el tratamiento del cólera.

Los niños con diarrea que están en la sala de espera de la atención ambulatoria, podrán ir recibiendo SRO mientras esperan ser atendidos. Deberá prepararse SRO y designarse una persona para supervisar su administración por parte de las madres.

CONCLUSIONES

1. Los grupos más vulnerables en salud son el grupo materno (gestantes) y los niños menores de 5 años.
2. Los programas especiales de salud, obligan a la reestructuración del manejo del paciente y/o personas, brindando una atención integral de acuerdo a la aplicación de sus normas.
3. El programa materno perinatal, EDA e IRA pone énfasis en aspectos preventivos promocionales, a fin de contribuir a la reducción de la morbimortalidad materno perinatal o infantil.
4. La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), constituyen la primera causa de morbimortalidad en niños menores de 5 años y el Cólera constituye la primera causa de muerte en adultos.
5. Las normas de EDA e IRA tienen como estrategia la detección temprana y oportuna, así como el tratamiento adecuado de los niños con estas patologías.

